

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 81

DE LA
TALALGIE BLENNORRAGIQUE

ET DU
TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION
PAR L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Dans les cas chroniques de la forme simple

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles AUCAIGNE

Né le 21 juillet 1872, à Cluny, (Saône-et-Loire).

Licencié ès-sciences,

Ex-interne des Hôpitaux d'Alger (Concours de 1898).



LYON

A. REY IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 81

DE LA
TALALGIE BLENNORRAGIQUE

ET DU

TRAITEMENT DE CETTE AFFECTION

PAR L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Dans les cas chroniques de la forme simple

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Décembre 1900.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

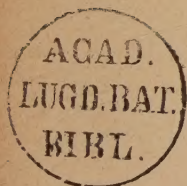
PAR

Charles AUCAIGNE

Né le 21 juillet 1872, à Cluny, (Saône-et-Loire).

Licencié ès-sciences,

Ex-interne des Hôpitaux d'Alger (Concours de 1898).



LYON

A. REY IMPRIMEUR-EDITEUR DE L'UNIVERSITE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUCHEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
		BONDET.
		BARD.
Cliniques chirurgicales.	}	PONCET.
		X.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.		PIERRET.
Physique médicale		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie		LORTET.
Anatomie		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne		TEISSIER.
Pathologie externe		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.		ARLOING.
Médecine légale		LACASSAGNE.
Hygiène.		COURMONT.
Thérapeutique		SOULIER.
Pharmacologie		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVE-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président ; M. VALLAS, Assesseur ;
MM. DOYON et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR A. PONCET

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Ayant l'honneur d'être interne dans le service de M. le professeur Vincent, nous eûmes l'occasion d'observer, à la salle Larrey, un malade atteint de talalgie blennorragique; cette affection le tenait au lit depuis un certain nombre de mois. Il fut opéré et guéri par cette intervention.

Frappé de ce résultat, et après lecture d'une observation relatant un cas semblable, opéré avec le même succès, qui nous fut remise par notre excellent maître M. le professeur Moreau, nous fîmes des recherches sur cette intéressante complication de la blennorragie.

Nous fûmes assez heureux pour observer trois autres cas de talalgie de même origine, guéris par la même intervention; ces cinq observations forment la base de notre travail.

Mais, avant d'aborder l'étude de notre sujet, il nous reste à remercier tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à nous pendant la durée de nos études.

A l'époque où notre santé ébranlée nous obligea à nous éloigner des hôpitaux de Lyon, nous avons trouvé chez tous nos maîtres et chez tous nos camarades une

grande sympathie; ce fut pour nous une bien douce satisfaction et nous fûmes fier alors d'appartenir au grand corps médical.

M. le Dr Lyonnet, médecin des hôpitaux de Lyon, nous prodigua, non seulement ses soins les plus éclairés, mais il fut en outre pour nous d'une bonté et d'un dévouement que nous n'oublierons jamais.

M. le professeur Morat nous a toujours honoré de sa haute bienveillance; nous ne saurions trop l'en remercier.

MM. les professeurs Poncet, Lépine, Bondet, Bard, furent à Lyon nos maîtres très éminents; nous les remercions bien sincèrement de leurs précieuses leçons, qui nous serviront toujours de guide dans l'art si difficile de la médecine et de la chirurgie.

A notre arrivée à Alger, MM. les professeurs Rey et Curtillet nous accueillirent avec une bienveillance dont nous ne perdrons jamais le souvenir.

Les excellentes cliniques de MM. les professeurs A. Cochez et Curtillet, de M. le Dr Scherb, resteront toujours gravées en notre esprit.

Que MM. les professeurs Rey, Vincent, Moreau, et M. le Dr Battarel, dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne, reçoivent ici nos remerciements, non seulement pour leur excellent enseignement, mais encore pour la grande sympathie qu'ils nous ont toujours témoignée.

Nous apprécions hautement le grand honneur que nous fait M. le professeur Poncet en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions terminer sans assurer nos cama-

rades d'études du vivace souvenir que nous garderons d'eux.

Nos années d'internat compteront certainement parmi les plus belles de notre existence, non seulement en raison de la pratique médicale et chirurgicale que nous avons pu acquérir pendant ce temps, mais aussi à cause des amitiés que nous avons rencontrées.

Enfin que notre père bien-aimé, à qui nous dédions ce modeste travail, soit assuré de notre amour infini et de notre éternelle reconnaissance.

DE LA TALALGIE BLENNORRAGIQUE

et du Traitement de cette affection
PAR L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Dans les cas chroniques de la forme simple

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION. — SYMPTOMATOLOGIE. — ÉTIOLOGIE.
DIAGNOSTIC. — PATHOGÉNIE.

Définition.

La talalgie ou pternalgie, nous dit Duplay, dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, est une affection rare, n'ayant pas sa place dans les traités classiques. C'est une affection du pied qui présente certains points de rapprochement avec la bursite rétro-calcaneéenne.

Une douleur à la face inférieure du talon en constitue toute la symptomatologie.

Symptomatologie.

La talalgie est, en effet, essentiellement constituée par une douleur au talon.

Cette douleur se manifeste surtout à la pression ;

elle n'existe, le plus souvent, pas au repos; cependant, quelquefois le malade souffre continuellement, il a des lancées douloureuses dans les talons, se faisant sentir même dans le repos complet. La marche est impossible ou très pénible.

Dans la talalgie blennorragique, la douleur est généralement localisée au niveau des grosses tubérosités postérieure et inférieure du calcanéum; elle s'irradie quelquefois le long des tendons musculaires.

Le pied peut être absolument normal, et c'est le cas le plus fréquent; il peut être aussi plus ou moins déformé, surtout au niveau du calcanéum.

Lorsqu'il présente, en outre, un affaissement de la voûte plantaire, on a ce que Fournier a appelé le *pied blennorragique*.

Etiologie.

La blennorragie est l'origine la plus fréquente de la talalgie. Finger et M. Sée y ont trouvé le gonocoque; celui-ci est difficile à mettre en évidence.

Il existe cependant des talalgies non blennorragiques.

La talalgie blennorragique survient le plus souvent, chez des malades ne s'étant pas soignés ou s'étant mal soignés; chez ceux qui ont eu des blennorragies nombreuses, ou plutôt, selon nous, une blennorragie chronique entrecoupée de phases aiguës.

C'est une affection qui paraît spéciale à l'homme. Sur 16 observations de Jacquet, sur les 12 rapportées dans la thèse de Voisin, sur les 5 nôtres, nous ne trouvons qu'un seul cas ayant trait à une femme.

Les professions qui exigent la station debout prolongée paraissent prédisposer à cette affection. Cependant, sur les cinq observations prises dans le service de M. le professeur Vincent, nous en trouvons une seule, celle du garçon de café, à l'appui de cette étiologie.

Diagnostic.

Le diagnostic de talalgie blennorragique est facile à porter.

Il s'appuiera principalement sur cette douleur en un point fixe, bien déterminé; sur l'étiologie spéciale de l'affection, sur les autres manifestations articulaires ou tendineuses de même origine ayant précédé ou accompagnant la douleur du talon.

Ces signes empêcheront de confondre la talalgie blennorragique avec les autres talalgies d'origine microbienne ou dyscrasique (diabète, goutte, etc...); avec le tubercule sous-cutané douloureux, avec un foyer tuberculeux intra-calcanéen. La marche de l'affection dans ces deux derniers cas sera d'ailleurs tout autre.

L'inefficacité du salicylate de soude, le processus général de l'affection, la présence de l'écoulement existant ou ayant existé récemment, trancheront le diagnostic avec le rhumatisme simple.

Pathogénie.

La dénomination de talalgie est due à Blum, et, pour lui, il s'agit de lésions localisées au périoste et de nature rhumatismale, ayant leur siège sur le calcanéum.

Desprès, en 1872, décrit cette affection sous le nom de névralgie du talon et la considère comme une sorte de lésion chronique du calcanéum et des parties molles sous-jacentes, affectant spécialement les individus chez lesquels le coussinet graisseux du talon est moins épais qu'à l'état normal.

Duplay trouve, et avec juste raison, cette explication de Desprès insuffisante.

Pour lui, la talalgie blennorragique est une bursite sous-calcanéenne.

« Jusque dans ces derniers temps, dit Duplay, on n'avait pas encore songé à une particularité anatomique appartenant à la région et qui peut rendre parfaitement compte de la nature du mal.

« On sait, en effet, depuis les recherches anatomiques de Lenoir, qu'il existe une bourse séreuse entre le périoste du calcanéum et le coussinet graisseux du talon. Cette bourse, qui siège précisément au-dessous des tubérosités que l'on observe à la partie postérieure de la face plantaire du calcanéum, et surtout au niveau de la tubérosité interne, la plus saillante, a pour but de permettre un certain degré de glissement de la peau et du tissu graisseux sous-jacent. Or, comme toute bourse séreuse, celle-ci peut devenir malade sous diverses influences. »

A l'appui de cette thèse, Duplay cite une observation de talalgie, opérée avec succès, que nous donnerons plus loin. L'opération a consisté dans la dissection et l'énucléation de la bourse sous-calcanéenne, qui présentait des lésions inflammatoires très nettes.

M. le médecin-major de première classe Brousse a publié deux observations de talalgie, la seconde en collaboration avec M. le médecin-major Berthier; dans ces deux cas, l'opération a consisté dans l'enlèvement de la bourse séreuse sous-calcanéenne nettement altérée. L'examen histologique pratiqué a montré : pour le premier cas, une bourse séreuse sous-calcanéenne épaissie, avec corps riziforme; dans l'autre, une bourse séreuse également épaissie, renfermant un liquide filant, avec filet nerveux comprimé dans son intérieur. Nous donnerons, d'ailleurs, cette dernière observation.

Ces deux auteurs concluent ainsi : « La talalgie doit prendre place dans une classification nosologique comme une simple appellation servant à désigner un groupe d'affections encore mal classées, ayant seulement certains points de ressemblance symptomatique, mais différant le plus souvent et profondément entre elles par la nature anatomique de la lésion et relevant d'une thérapeutique aussi variée que leur pathogénie. »

Nous sommes parfaitement de l'avis de MM. Brousse et Berthier; les causes très différentes engendrant la talalgie doivent avoir aussi un processus différent, et, par conséquent, sont justiciables d'un traitement différent, la thérapeutique devant toujours être pathogénique.

Quant à nous, nous nous restreindrons à l'étude de la talalgie blennorragique, qui nous semble nettement localisée, le plus souvent, dans les bourses séreuses du talon.

D'autres fois, cependant, la talalgie blennorragique paraît être une véritable maladie générale, sous la dépendance du système nerveux. C'est à M. le Dr Jacquet que revient la paternité de cette théorie.

Le 13 mai 1897, le Dr Jacquet fit, à la Société médicale des hôpitaux, une communication sur la talalgie blennorragique, ne s'accordant aucunement avec les théories en cours; nous allons la résumer ci-dessous; le Dr Jacquet, après avoir reconnu la fréquence, presque banale, de ce symptôme de la blennorragie, s'exprime ainsi :

« Que voit-on chez un blennorragique talalgique? Rien quelquefois; aucune déformation apparente de la région talonnière; la douleur est le trouble unique; nulle au repos, le plus souvent, mais vivement éveillée par la marche, par la pression; et celle-ci révèle d'ordinaire deux points maxima :

« 1^o A l'attache calcanéenne du tendon d'Achille, mais rarement limitée là, et diffusant plus ou moins haut sur le tendon lui-même ;

« 2^o Sous le talon, au niveau des tubérosités calcanéennes, mais rarement aussi limitée à ce point, et diffusant plus ou moins vers la plante. Mais fort souvent la région est déformée, le talon gonflé en masse; cette tuméfaction est très dure, indolore quelquefois, sensible plus souvent à la pression même légère. »

M. Jacquet, s'appuyant sur une autopsie faite par lui

dans un cas semblable, dit qu'il s'agit là de calcanéite ossifiante double, d'origine blennorragique. Raisonnant par analogie, M. Jacquet ne voit dans la talalgie non déformante « que le premier degré de la talalgie hyperostosante et dépendant comme elle d'une même cause : le rhumatisme ostéo-fibreux avec un travail d'ossification encore inappréciable ». « Il n'est pas exceptionnel, ajoute-t-il, de voir la talalgie blennorragique non traitée se prolonger pendant des mois, et quelquefois pendant deux, trois années et même davantage ; c'est donc un symptôme grave. »

Nous voulons bien admettre, avec M. Jacquet, qu'un commencement d'ostéo-fibrose inappréciable soit quelquefois l'origine de la talalgie non déformante. Cependant nous nous demandons pourquoi cette hyperostose resterait ainsi, à l'état latent, sans produire de lésions appréciables, tout en donnant des phénomènes douloureux très vifs ? D'autre part, il existe dans la science de nombreuses observations sur lesquelles tous les auteurs sont d'accord, montrant la fréquence, au cours de la blennorragie, de l'inflammation des synoviales tendineuses et des bourses séreuses ; pourquoi donc alors, lorsqu'on ne peut apprécier aucune lésion osseuse, ne pas admettre cette cause banale, l'inflammation de la séreuse comme le véritable facteur de la douleur ? Les observations que nous allons présenter sont une preuve de cette pathogénie admise par Duplay ; car comment admettre que la simple ouverture, accompagnée du curetage de la bourse séreuse, fasse cesser immédiatement toute douleur, si celle-ci est due à des ostéophytes et non à l'inflammation de la bourse ? De

plus; dans une de nos observations, nous relatons la sortie d'un jet de liquide filant, lors de l'ouverture de la bourse séreuse par le bistouri.

Voisin (thèse de Paris, 1899) distingue deux sortes de talalgie blennorragique, l'une simple, provenant le plus souvent dès le début de la blennorrhagie, vers la troisième ou quatrième semaine. Les douleurs, d'abord assez vagues, deviennent bientôt intenses et empêchent complètement la marche.

Au point de vue physique, cette forme serait caractérisée simplement par un peu d'empâtement péri-calcanéen; quelquefois même cet empâtement n'existerait pas. Lorsqu'il existe « il se localise surtout au niveau de la face interne du calcanéum, là précisément où existe la gouttière calcanéenne, dans laquelle passent les nombreux tendons et synoviales des muscles qui, de la face postérieure de la jambe, se rendent à la plante du pied ».

Plus loin le même auteur ajoute : « La douleur se rencontre encore à l'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum, sur la face externe de cet os, là où s'insère le ligament péronéo-calcanéen de l'articulation tibio-tarsienne, enfin au niveau des deux tubérosités interne et externe de la face plantaire du calcanéum. Les points douloureux correspondent à des insertions ligamenteuses et tendineuses. »

Cette forme correspondrait au rhumatisme ostéo-fibreux de Jacquet; nous dirons dans un instant comment nous l'interprétons.

La deuxième forme décrite par Voisin s'accompagne de nombreux troubles trophiques et de lésions osseuses constituées; le talon est augmenté dans tous

ses diamètres; c'est la « calcanéite ossifiante » de M. Jacquet.

Ces lésions aboutissent au pied plat (pied blennorragique de Fournier); « c'est une forme grave, dit Voisin, n'ayant que peu de tendance à la guérison ».

Répondant à l'objection suivante, faite à la Société de dermatologie, que, dans un cas où l'examen physique paraissait révéler une hyperostose évidente, la radiographie donna un résultat négatif, Voisin dit : La raison de cette contradiction est facile à saisir, car d'un certain nombre d'observations paraît résulter ce fait, que le tissu osseux jeune n'est pas opaque pour les rayons X et, par suite, n'est pas perceptible par la radiographie.

« En effet, à cette séance de dermatologie, il fut rapporté l'observation d'un malade ayant une fracture de jambe consolidée dans les termes habituels et qui marchait en s'appuyant fort bien sur la jambe autrefois cassée. On radiographia ce malade, dont le cal était sûrement constitué, et pourtant le cal n'apparut pas sur le cliché; la fracture paraissait persistante, les bouts supérieur et inférieur de l'os n'étaient pas unis l'un à l'autre, du moins en apparence. C'est là une démonstration des plus évidentes. »

Pour expliquer la pathogénie de la talalgie blennorragique Voisin admet la théorie nerveuse de Jacquet.

Il invoque cette théorie non seulement pour la forme hyperostosante, mais encore comme la meilleure explication de la forme dite simple.

Or, s'il nous paraît très plausible d'admettre que le véritable pied blennorragique, complètement déformé,

est sous la dépendance du système nerveux, comme le pied tabétique, nous croyons, avec le professeur Duplay, que, dans les cas ordinaires, l'inflammation des synoviales et des bourses séreuses est seule en cause. Dans tous les cas observés par nous, et où l'opération pratiquée a été suivie de succès, il faut bien admettre que l'affection était localisée.

Nous croyons donc, avec Voisin, qu'il existe deux formes de talalgie blennorragique, l'une hyperostosante, et contre laquelle tout traitement local serait sans effet; et une forme simple qui n'est autre chose qu'une synovite, ou, pour employer l'expression de Duplay, une bursite blennorragique.

Si la douleur à la pression, dans cette forme, n'est pas toujours localisée à la bourse séreuse de Lenoir, cela tient, sans nul doute, à une inflammation des tissus et des tendons voisins de cette bourse, phénomène secondaire.

G. Raynaud, dans sa thèse inaugurale sur la *Contribution à l'étude des lésions périarticulaires d'origine blennorragique*, a nettement montré, en effet, que l'inflammation ne se localisait pas à l'articulation proprement dite, à la gaine tendineuse ou à la bourse séreuse touchées, mais s'étendait aux parties molles périphériques, aux tendons voisins, à ce que Dieulafoy appelle l'articulation externe.

Dans le chapitre suivant, nous ferons donc une étude historique rapide du rhumatisme blennorragique, en nous attachant particulièrement à tout ce qui se rapporte à l'inflammation des gaines tendineuses et des bourses séreuses surtout,

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Si l'on peut dire que l'écoulement blennorragique a été observé presque de toute antiquité par les médecins, il faut arriver à la fin du XVIII^e siècle, avec Swédiaur, pour voir l'existence du rhumatisme blennorragique nettement affirmée.

Bien avant lui, il est vrai, un médecin hollandais, Pierre Van Forest, plus connu sous le nom de Forestus, dans le vingt-sixième livre de ses œuvres, publié en 1507, écrivait, sous le titre de *Gonorrhée et enflure du genou et du testicule, avec soupçon de mal vénérien* : « Un jeune homme, savant d'ailleurs, étant depuis peu revenu d'Italie dans son pays, était affecté de gonorrhée avec enflure d'un testicule et aussi d'un genou, de telle sorte que j'eus soupçon du mal vénérien, quoique tous les symptômes habituels à cette maladie ne fussent pas encore déclarés. »

Un médecin anglais, Guillaume Musgrave, en 1703, dans son ouvrage intitulé : *De arthridé symptomatica*, dit que, dans les maladies vénériennes, les articulations se tuméfient quelquefois.

Boglieri, en 1704, signale la gonorrhée comme précédant les attaques de goutte,

Vigarous, de Montpellier, écrit, au milieu du siècle dernier, que la chaudepisse peut donner des accidents articulaires chez les sujets prédisposés par le vice gouteux et rhumatismal.

Enfin, dès 1781, Swédiaur, dans le *Journal de médecine* de Londres, publie un mémoire sur l'arthrite blennorragique ; mais c'est surtout dans son *Traité de la syphilis* (1784) qu'il étudie la tumeur du genou « pendant ou à la suite de la blennorragie syphilitique ».

On peut lire en effet, au chapitre VI, p. 147, de la traduction française de son traité, sous le titre de *Arthrocele ou tumeur blennorragique du genou* : « Il survient quelquefois, à la suite de la blennorragie de l'urètre, un gonflement considérable du genou (*quelquefois des deux genoux et du calcanéum en même temps*), et il s'y joint des douleurs affreuses de l'articulation. Ces douleurs, accompagnées quelquefois d'une fièvre plus ou moins forte, durent pendant quinze à vingt jours, et se dissipent par degré ; elles laissent après elles une immobilité de l'articulation qui dure pendant plusieurs mois ; cette maladie affecte surtout les jeunes gens qui, à la suite de débauches de toute espèce, ont gagné une blennorragie, avec laquelle elle semble liée intimement. Il est étonnant qu'aucun auteur n'ait parlé de cette maladie comme suite ou symptôme de blennorragie, elle n'est cependant pas très rare, etc.... »

Cette citation, que nous avons faite à dessein un peu longue, montre que non seulement Swédiaur a observé nettement l'arthrite blennorragique, mais aussi la douleur du talon, la talalgie blennorragique :

En 1781, l'allemand Théophile Selle, presque en même temps que Swédiaur, parle de l'arthrite blennorragique due à la matière gonorrhéique.

En 1786, Hunter, à Londres, publie l'observation d'un individu pris de rhumatisme généralisé chaque fois qu'il contractait une chaudepisse.

Velpeau, dans ses leçons cliniques, s'occupe de l'arthrite blennorragique ; Bonnet, dans son excellent ouvrage sur les maladies des articulations, lui consacre un chapitre. *Gibert*, après Swédiaur, puis *Rollet*, signalent la douleur qui survient dans la région calcanéenne.

MM. Foucart et Vidal s'étonnent singulièrement de cette persistance à désigner la région calcanéenne, ne comprenant pas qu'il existe de douleurs où il n'existe pas d'articulations.

Brand, de Copenhague, en 1854, cite des cas de gonflement des gaines tendineuses au cours de la blennorragie ; bientôt Ricord, puis Cullerier en publient de nouvelles observations.

En 1858, Rollet, dans ses nouvelles recherches sur les maladies vénériennes, insiste longuement sur les manifestations extra-articulaires de la gonorrhée.

Cullerier écrit, en 1861, dans son *Traité sur les affections blennorragiques* : « Après les articulations, les gaines tendineuses ne sont pas encore les seules synoviales sur lesquelles l'influence de la blennorragie peut s'exercer, *les bourses séreuses normales ou accidentelles n'en sont pas à l'abri*, et c'est de cette façon que s'explique cette douleur de la région calcanéenne, signalée en passant par Swédiaur, notée par MM. Rollet

et Gibert et que Foucard ne pouvait comprendre. »

Ricord cite l'inflammation de la bourse séreuse placée en avant du tendon d'Achille, derrière le calcanéum. Cullerier a vu celle de la bourse séreuse située en avant de la rotule et celle de la bourse séreuse qui correspond à l'acromion.

En 1864, Langlebert décrit en même temps que celles des jointures, les lésions des gaines tendineuses et des bourses séreuses.

Plus tard, les travaux de Fournier, le mémoire de Mauriac, les thèses de Diday neveu (1873), Boille-reault (1874), Chevallier (1875) et Maymond (1875) donnent de nouveaux développements sur cette intéressante question,

Jullien, en 1886, dans son traité pratique des maladies vénériennes, écrit : « Il est assez rare que les bourses séreuses participent aux lésions du blennorrhagisme. On observe pourtant des hygromas aigus ou subaigus derrière le calcanéum, en avant du tendon d'Achille ; sous la tubérosité inférieure du même os, en avant de la rotule, à la face postérieure de l'olécrâne, la symptomatologie nous présente deux caractères particuliers à noter : la violence de l'inflammation, qui dans certains cas, acquiert assez d'intensité pour faire croire à l'existence d'un phlegmon, et la vivacité en même temps que l'opiniâtreté des souffrances. La douleur au talon, qui n'avait point échappé à Swédiaur et qui tourmente parfois durement et longtemps les blennorrhagiens, peut être due à cette cause. »

Audry, dans son *Précis des maladies blennorrhagiques*, paru en 1894, reconnaît la fréquence des syno-

vites blennorragiques, mais, comme Julien, il n'ose encore mettre nettement sur le compte de l'inflammation des bourses séreuses les douleurs du talon qui apparaissent dans le cours de la blennorragie.

Enfin Diday, dans la dernière édition de son *Traité des maladies vénériennes*, parue en 1894, devient très net et nous dit : « De même que le rhumatisme blennorragique a une prédilection, au début, pour l'articulation du genou, à la fin pour celles des mains et des pieds ; de même ce sont les gaines des tendons avoisinant ces deux ordres de jointures qu'on voit le plus souvent, dans le cours d'une blennorragie, être attaquées par l'inflammation. Tantôt ces phlegmasies coïncident avec l'arthrite, tantôt elles ont une existence à part. Il en est de même de l'hygroma ou inflammation des bourses séreuses. La bourse qui est derrière et celle qui est sous le calcanéum sont le siège le plus fréquent de cette complication qui donne souvent lieu à une vive douleur. Mais, dans les bourses comme dans les gaines tendineuses, l'évolution du processus phlegmasique s'accomplit avec rapidité, et, d'autre part (la nature des tissus ainsi que celle des fonctions s'y prêtent), on n'observe pas là des terminaisons aussi graves que dans l'arthrite proprement dite. Un peu de raideur succédant à l'empâtement plus ou moins prononcé qui a caractérisé la période aiguë, ou plutôt subaiguë, telle est la seule lésion contre laquelle le praticien ait à lutter, lésion de laquelle il triomphe en général aisément, à l'aide de quelques-uns seulement, je veux dire des moins actifs des moyens dont nous avons parlé ci-dessus. »

Nous verrons bientôt quels sont ces moyens et nous montrerons ensuite : 1° que les douleurs du talon dans la blennorragie n'ont pas toujours l'évolution naturelle rapide que leur attribue Diday ;

2° Que le praticien n'arrive pas aussi facilement que le prétend le grand syphiligraphe lyonnais à bout de ces douleurs avec la thérapeutique employée par Diday et ses devanciers ;

3° Qu'il est un traitement chirurgical rapide, ayant eu des résultats immédiats et véritablement merveilleux.

Mais auparavant, nous devons faire une excursion rapide dans la thérapeutique employée jusqu'à ce jour pour le traitement des synovites et des sérites blennorragiques, si j'ose employer ce terme pour désigner l'inflammation des bourses séreuses.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Swédiaur et les premiers auteurs qui lui ont succédé croyant à l'origine syphilitique de la blennorrhagie, traitent cette maladie et ses complications par le mercure. Ricord conseille les purgatifs, Velpeau le calomel et l'ipéca à doses non vomitives.

Rayer, en 1846, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, prétend avoir obtenu de bons résultats par l'application de pastilles de potasse, les fumigations au cinabre, les pilules de Sédillot et la sal-separeille.

Martin-Solon, dans le *Bulletin de thérapeutique*, prescrit les ventouses, les onctions à l'huile de stramoine, les cataplasmes émollients.

Nélaton, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, vante la saignée, la diète, les boissons délayantes, les vésicatoires volants.

Rollet, dans ses *Nouvelles Recherches sur le rhumatisme blennorrhagique* (Lyon 1858), insiste dans le traitement pour « que l'on s'occupe d'abord de la blennorrhagie et que l'on emploie contre elle les moyens que réclament son degré d'acuité, son siège, son ancien-

neté » ; il préconise ensuite la saignée et, comme moyen héroïque, le vésicatoire volant.

Sordet, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1858), conseille la saignée, les sangsues, et surtout l'emplâtre de Vigo.

Lucas-Championnière préconise l'onguent napolitain.

A partir de cette époque, tous les auteurs sont unanimes sur les moyens à employer ; nous pouvons les résumer ainsi :

Iodure de potassium à l'intérieur ; à l'extérieur, émissions sanguines locales, teinture d'iode, vésicatoires volants, bandage ouato-salicylé, sparadrap de Vigo, pointes de feu, etc...

Nous avons vu plus haut avec quel dédain Diday traite les inflammations blennorragiques des bourses séreuses, tout en conseillant la même thérapeutique que ses prédécesseurs.

Dezanneau, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1896), sur le traitement du rhumatisme blennorragique, s'exprime ainsi au sujet des synovites et des bursites : « Tantôt c'est seulement un peu de douleur dans les mouvements, d'autres fois il y a un gonflement énorme très rebelle et très douloureux ; ces inflammations sont très fréquentes ; la présence du gonocoque y a été constatée (Howitz, Tollemer et Macaigne). » Après avoir rappelé les divers moyens employés par ses prédécesseurs, il termine ainsi : « Un mode de traitement sur lequel nous désirons appeler l'attention, c'est l'emploi des bains térébenthinés, généraux et locaux. » Les nombreuses observations sur lesquelles s'appuie Dezanneau

ne renferment aucun cas d'inflammation des bourses séreuses : il reconnaît en outre « que la douleur reparait deux ou trois heures après le bain, mais très légère ». La formule conseillée par Dezanneau est celle de Balzer :

Emulsion aqueuse de savon noir	} aa 100 gr.
Essence de térébenthine	

pour un bain.

Nous venons de voir, dans ce qui précède, tous les moyens médicaux mis en œuvre dans le traitement des synovites blennorragiques. Nous serions incomplet si nous n'ajoutions que souvent les auteurs précédents ont eu recours à l'opération, mais dans un cas spécial, lorsque la suppuration est à craindre. Dès 1861, Cullerier écrivait en effet : « Le liquide de ces bourses séreuses est ordinairement séreux ; quelquefois cependant il est purulent, et, l'année dernière, je pouvais faire voir, dans une de mes salles, un exemple de suppuration de la bourse séreuse prérotulienne survenue à la suite d'une chaudepisse, et dans lequel j'ai été obligé d'inciser la poche pour donner issue à un liquide purulent, véritable abcès de la bourse séreuse ; le malade, d'ailleurs, a fort bien guéri. »

M. le professeur Pollosson cite, dans le *Lyon médical* du 20 mai 1888, l'observation d'une synovite blennorragique du jambier antérieur, opérée par lui avec guérison complète ¹.

¹ Duplay (*Union médicale* du 26 août 1893) cite un cas d'hygroma prérotulien blennorragique subaigu qu'il était sur le point d'opérer, croyant à la purulence, quand, tout à coup, l'affection a rétrogradé.

Henri Berdal, dans son *Traité pratique des maladies vénériennes*, paru en 1897, s'exprime ainsi : « Les bourses séreuses peuvent participer au processus blennorragique. Il faut plus spécialement signaler l'inflammation de la bourse calcanéenne, ne se traduisant que par « la douleur du talon », qui tourmente parfois si durement et si longtemps les malades atteints de rhumatisme blennorragique. Il faut alors recourir au massage, à l'électrisation, aux bains de pieds très chauds, à la révulsion par les pointes de feu. »

Le docteur Jacquet, dont nous avons longuement parlé en étudiant la pathogénie de l'affection qui nous occupe, formule ainsi son traitement :

« 1^o Repos au lit, rigoureux et prolongé.

« 2^o Pointes de feu sur la colonne vertébrale.

« 3^o Hydrothérapie chaude ou froide suivant les circonstances.

« 4^o Le massage local, la malaxation méthodique de la région Achillo-calcanéenne et plantaire, enfin les bains térébenthinés.

« Avec ce traitement, ajoute l'auteur, j'ai obtenu la disparition assez rapide de talalgies doubles, fort graves et déjà très anciennes. Ces trois malades que je vous présente ne marchaient, munis d'une ou deux cannes, qu'avec la plus grande difficulté. Après un mois de traitement, en moyenne, vous leur voyez une allure presque normale, *mais je suis persuadé que s'ils reprenaient dès maintenant leur travail la récurrence pourrait survenir.* »

Nous terminerons cette étude par le compte rendu du traitement tout récemment préconisé à la Société de

thérapeutique par MM. Louis Renou et Latron (séance du 25 juillet 1900).

Après avoir attiré l'attention sur la longueur du traitement ordinaire de la talalgie blennorragique « qui devient parfois une infirmité rebelle à toute médication », ces auteurs s'expriment ainsi : « Nous avons obtenu dans deux cas, par des bains d'air chaud, une amélioration si rapide et si extraordinaire, qu'il nous a semblé intéressant d'insister sur cette médication. Chez un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint d'une blennorragie antérieure avec rhumatisme, la talalgie datait de trois mois. La marche était impossible ; le calcanéum était augmenté de volume à droite comme à gauche, et il était douloureux spontanément et à la pression. Nous eûmes l'idée de soumettre les deux talons malades aux bains d'air chaud. Dès les premières séances ce jeune homme put marcher, et il nous quitta, après douze séances de bains, ayant récupéré sa marche normale.

Chez un second jeune homme de vingt-trois ans, atteint d'une première blennorragie à dix-huit ans, compliquée de rhumatisme très généralisé et très tenace, l'affection débuta dans le décours d'une seconde blennorragie. La talalgie était caractérisée par une douleur très vive aux deux talons, très sensibles à la pression, et rendant la station debout et la marche presque impossibles.

Les deux régions calcanéennes étaient déformées par un gonflement général et mal localisé. Le calcanéum était encore plus augmenté de volume que chez notre premier malade. Nous eûmes recours aux bains d'air

chaud, et, malgré l'état chronique de rhumatisme antérieur localisé aux articulations du pied, l'amélioration fut également surprenante; dès le cinquième bain, la marche redevenait possible; après le quatorzième, elle s'effectuait sans difficulté, et elle était presque normale après le vingt-cinquième.

Pour ces bains, nous avons utilisé un appareil que l'un de nous a fait construire, en 1895, pour traiter une névrite chez un malade de la ville qui en fit don à l'hôpital.

Dans cet appareil, chauffé au gaz, on met successivement l'une et l'autre jambe, en les enveloppant complètement de toile ou de flanelle. On pousse la température jusqu'à 130 degrés et l'on maintient le membre pendant vingt minutes à cette température; une sudation énergique se produit alors, sans aucune crainte de brûlure.

Il existe d'autres appareils, parmi lesquels nous citerons celui de Tallermann et surtout celui tout récent qu'emploient Blottière et Simonot, dans lequel la température peut être portée jusqu'à 180 et même 200 degrés avec un peu d'accoutumance.

Le traitement par les bains d'air chaud, remarquable dans le rhumatisme chronique et dans certaines névrites nous paraît mériter une place de choix dans la talalgie blennorragique, en raison des excellents résultats qu'il vient de nous donner dans ces deux cas.

Nous n'ajouterons que quelques mots à ces deux intéressantes observations de MM. Renou et Latron.

Les bains d'air chaud, dans ces deux cas, ont agi certainement avec une grande rapidité; d'autres obser-

vations nous apprendront dans la suite s'il en est toujours ainsi; mais d'ores et déjà nous ferons les remarques suivantes : c'est que, d'une part, il faut un appareil spécial pour ces bains d'air chaud, appareil coûtant sans doute fort cher et qui, par conséquent, ne sera pas à la portée de tous les praticiens ; tout au plus, pourra-t-on l'avoir dans certains hôpitaux ; d'autre part, ces températures atteignant jusqu'à 200 degrés, nous semblent bien élevées, et beaucoup de malades, croyons-nous, hésiteront à accepter ce mode de traitement.

Voisin conseille le même traitement que Jacquet.

Nous commençons toujours nous-même par essayer le traitement médical : c'est le seul que nous emploierons dans les cas où nous nous trouverons en présence d'une forme hyperostosante et dans les cas où l'affection s'accompagnera de divers phénomènes nerveux, sous la dépendance desquels la talalgie peut se trouver (Jacquet, Lustgarten, Voisin).

Dans les formes simples, au contraire, et par cette épithète nous ne voulons pas désigner les formes bénignes, mais toutes celles qui ne s'accompagnent pas de déformations osseuses, dans ces formes nous aurons recours au traitement chirurgical, dès que les moyens médicaux se seront montrés inefficaces.

Pour nous, ce traitement ne consistera pas, comme dans les cas de Duplay, de Brousse et Berthier, à disséquer et à enlever la bourse séreuse sous-calcanéenne. Cette opération, certainement meilleure que la nôtre, au point de vue chirurgical pur, est déjà une opération d'une certaine importance, nécessitant l'anesthésie gé-

nérale et des aides. Nous nous contenterons de fendre les parties molles du talon sur la ligne médiane, après anesthésie locale à la cocaïne ; d'ouvrir et de cureter la bourse séreuse sous-calcanéenne, puis de réunir par première intention.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Brousse, médecin-major de 1^{re} classe, et Berthier, médecin-major de 2^e classe.)

Talalgie blennorragique.

Extirpation de la bourse de Lenoir. Guérison.

Le 23 novembre 1893, entré dans notre service, à l'hôpital militaire Desgenettes, le nommé F..., soldat au 96^e régiment d'infanterie. Ce jeune homme, incorporé depuis quatre mois seulement, nous était adressé comme atteint d'un début de pied plat valgus douloureux à gauche.

De complexion débile, pâle, fortement neurasthénique, F... avait exercé avant son entrée au régiment la profession de clerc d'huissier et, en dernier lieu, celle de garçon coiffeur.

Ses antécédents pathologiques personnels nous le représentent comme très sensible aux refroidissements, sujet à de fréquents épistaxis. Il a eu la scarlatine il y a dix ans et a contracté l'an dernier une *blennorragie* qui a duré deux mois, et dont il est, à l'heure actuelle, entièrement guéri. Il n'est pas rhumatisant. Son père est mort de tuberculose pulmonaire; sa mère est une femme amaigrie, souvent atteinte de bronchite et sujette à des crises nerveuses.

Depuis près de trois mois, F... est immobilisé dans son lit

par une douleur que développe la plus légère pression exercée sur le talon gauche et que la simple station debout exagère au point de faire naître des tendances syncopales.

Les phénomènes douloureux auraient débuté assez brusquement. Un matin, au saut dilit, F... aurait été pris au talon d'une crampe, qui laissa, une fois disparue, une sensation de brûlure et de picotements aigus. Un mois plus tard, ces premiers phénomènes s'étaient transformés en une douleur des plus vives, et le malade ne pouvait plus reposer son pied à terre que par la pointe des orteils.

Un long repos à l'infirmerie régimentaire n'avait en rien amélioré cet état.

Quand nous eûmes à procéder à l'examen clinique, rien de bien particulier ne pouvait d'abord frapper la vue.

La peau de la région douloureuse est saine, de coloration normale, sans modifications de la sécrétion sudorale ou aucun trouble d'ordre trophique.

Il n'existe, en apparence, aucun caractère inflammatoire. La voûte plantaire, loin d'être affaissée, semble au contraire plus accusée que celle du pied droit. Le pied est en attitude de pied varus...

La palpation permet de localiser la douleur en un point fixe, siégeant sur le milieu de la face inférieure du talon. Le contact simple, superficiel, n'est pas douloureux ; une pression légère reste même supportable.

Mais si l'on comprime un peu fortement, il se développe une douleur de caractère fulgurant avec irradiation remontant jusqu'à la hauteur du mollet. D'ailleurs, en dehors de toute pression exercée sur le talon, on peut réveiller la douleur en comprimant le trajet du nerf tibial postérieur sur un point quelconque de l'étendue comprise entre la ligne rétro-malléolaire et la mi-hauteur de la jambe...

Le calcaneum n'est pas épaissi et reste insensible à de fortes pressions exercées sur les trois faces accessibles aux recherches de cet ordre.

Les parties molles qui enveloppent le talon semblent légèrement plus soulevées que leurs similaires du côté droit.

Le repos absolu, combiné à la révulsion sous forme de badiageonnages de teinture d'iode et d'applications profondes de pointes de feu, resta sans résultat.

Devant l'insuccès de ce mode thérapeutique, une médication antirhumatismale et antinévralgique fut instituée.

Au bout d'un mois aucune amélioration ne s'était produite.

Nous nous crûmes dès lors autorisés à intervenir chirurgicalement.

Opération le 13 janvier. — Incision en arc de cercle, dont la partie moyenne correspondait à l'extrémité postérieure du talon...

La face inférieure du calcanéum était saine. Une dissection lentement faite dans les parties molles nous permit d'arriver, au travers d'une couche fortement hypertrophiée et constituée par des lobules graisseux, sur une cavité séreuse du volume d'une noisette, distendue par un liquide filant non hématique. C'était la bourse talonnière, dont la paroi attira tout de suite notre attention. Dans son épaisseur existait une saillie, de dureté ligneuse, ayant la grosseur d'un petit pois. Cette bourse fut réséquée avec soin.

La cicatrisation se fit vite et sans accident.

25 janvier. — L'opéré essaie de se lever et constate qu'il peut appliquer son talon sur le sol, sans que se développe la douleur auparavant ressentie.

14 février. — Il peut faire, appuyé sur une canne, une promenade en ville. Quelques jours plus tard il quittait l'hôpital et, après un mois de convalescence passé dans sa famille, reprenait son service militaire qu'il n'a plus eu à interrompre.

Examen histologique. La bourse du talon, aussitôt après l'ablation chirurgicale avait été mise dans le liquide de Müller où elle a séjourné huit jours; puis elle a été durcie par la gomme et l'alcool.

Après durcissement, la pièce mesure 1 centimètre sur un 1/2 centimètre d'épaisseur. Elle est constituée par du tissu con-

jonctif, est très-riche en fibres élastiques et contient de grands îlots adipeux. On y trouve une grosse artère du type musculaire, il n'y a ni périartérite, ni endartérite. L'artère est accompagnée d'un nerf qui présente des altérations pathologiques de névrite interstitielle.

OBSERVATION II (Simon Duplay)

Talalgie. Extirpation de la bourse de Lenoir. Guérison.

X...., vingt ans, garçon épicier, entre le 23 avril, salle Saint-Landry n° 23.

Il souffre d'une douleur à la face inférieure du talon et toute la symptomatologie se borne à cette douleur.

Pas d'antécédents héréditaires, jamais de maladies graves, aucune tare diathésique. L'an dernier, hydarthrose traumatique du genou droit.

La maladie actuelle a débuté, il y a deux mois et demi, sous la forme de douleurs localisées aux deux talons et se manifestant seulement pendant la station debout et la marche.

Malgré le changement de chaussures et le port de chaussons, les douleurs continuent à augmenter; les liniments chloroformés, les frictions à l'alcool, le salicylate de soude, etc, sont employés sans résultats.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade présente une douleur localisée au talon, se montrant seulement dans la station debout. Elle n'existe plus le matin, après le repos de la nuit, mais reparait aussitôt que le malade se lève.

Quoique les deux talons soient atteints, la douleur est infiniment plus vive au talon droit; elle est continue, avec exacerbation au moment où le poids du corps porte tout entier sur le même talon. Aussi, dans le but de se soulager, se tient-il souvent sur la pointe des pieds, et, dans cette attitude, la douleur du talon perd de son acuité, mais le malade alors accuse encore une sensation de tension pénible. Enfin il existe aussi un peu de

douleur au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

Aucun gonflement appréciable. Les os et les articulations sont indemmes de toute lésion.

L'examen de la région du talon nous fournit peu de renseignements. Morphologiquement elle est d'aspect à peu près normal; cependant la peau est peut-être un peu moins épaisse qu'à l'état physiologique; de même l'épaisseur et la consistance du coussinet graisseux sous-jacent nous semblent un peu diminuées. Il en résulte que la peau et les tissus sous-jacents paraissent jouir d'une laxité anormale et, dans les mouvements qu'on leur imprime, ils glissent avec une telle facilité, que leur déplacement donne l'idée d'une sorte de tremblement. Douleur à la pression qui siège en un point très limité, toujours le même, lequel répond à peu près au milieu du talon, ou, plus exactement, au niveau de la tubérosité postérieure de la face plantaire du calcanéum. Dès que le doigt arrive sur la tubérosité, et dans un point très circonscrit, le malade éprouve immédiatement une douleur vive.

En résumé, chez ce malade, toute la symptomatologie se réduit à la douleur.

Opération. — L'opération a été faite chez notre malade et a consisté en une incision en fer à cheval, contournant la demi-circonférence postérieure du talon et allant directement jusqu'au voisinage du périoste, de manière à détacher tout le coussinet graisseux avec la peau. Afin de mieux juger de l'état des parties la bande d'Esmarch avait été appliquée avec le plus grand soin. Or, en arrivant au voisinage de la tubérosité postérieure du calcanéum, nous avons pu constater de la façon la plus évidente, avant d'ouvrir la bourse de Lenoir, et surtout après l'avoir ouverte, que ses parois étaient notablement épaissies et comme fibreuses; en outre, l'ouverture de la bourse séreuse nous a permis d'observer la coloration rouge de sa face interne.

Nous procédâmes à l'ablation de cette bourse séreuse, puis le lambeau talonnier réappliqué sur le calcanéum fut suturé avec le plus grand soin. Le malade fut condamné au repos au lit

pendant un mois, puis on lui permit de reprendre graduellement la marche.

En résumé, ajoute Duplay, quoique les lésions de la bourse séreuse ne soient pas très profondes, elles nous paraissent assez évidentes pour confirmer l'opinion qui localise dans cette bourse la maladie décrite sous le nom de talalgie et pour justifier l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION III (personnelle).

Talalgie blennorragique. — Incision et curetage de la bourse sous-calcanéenne. — Guérison.

X..., vingt-six ans, garçon de salle dans un lycée.

Père inconnu, mère vivante et bien portante. Scarlatine à vingt-deux ans, fièvre typhoïde à vingt-quatre ans. Pas d'arthritisme, pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Bonne constitution ; aucun signe de nervosisme.

10 décembre 1898. — X..., prend une blennorragie ; celle-ci, très douloureuse, très virulente, est soignée au moyen d'injections fournies par un pharmacien.

Février 1899. — Les premiers jours de février, la blennorragie étant en bonne voie de guérison, le malade ressent à son lever une faible douleur dans le pied droit ; cette douleur s'accroît dans le courant de la journée et devient très forte le soir ; elle a son maximum dans la région talonnière et s'irradie dans tout le pied. Le soir, en se couchant, le malade remarque que son pied tout entier est enflé ; en pressant sur les divers points il constate que le talon seul est douloureux. Pendant une huitaine de jours il continue à exercer son travail de garçon de salle, mais les douleurs s'accroissent de plus en plus ; elles deviennent lancinantes au niveau du talon, avec irradiations plantaires. Ces douleurs sont calmées, mais non supprimées par le repos ; le matin, le pied est complètement désenflé. Dès que le malade a marché un peu, ces douleurs deviennent plus aiguës et, dans l'après-midi, il est obligé de se coucher.

Le médecin du lycée fait badigeonner la région à la teinture d'iode avec enveloppement du pied et repos complet pendant deux jours. Le troisième jour, le malade essaie de se lever, mais il est bientôt obligé de se recoucher ; on lui fait alors des frictions à l'huile camphrée avec massage et enveloppement. L'effet produit étant nul, il se décide à entrer à l'hôpital le 16 février.

16 février. — Placé salle Maillot, dans le service de M. le Dr Battarel, on lui badigeonne le pied au salicylate de méthyle avec enveloppement. La douleur est un peu calmée, mais le malade est toujours dans l'impossibilité de marcher. Au bout de dix jours de traitement il est évacué salle Larrey, dans le service de M. le professeur Vincent.

26 février. — A cette époque le malade se plaint de violentes douleurs dans le pied droit ; ces douleurs ont fortement augmenté par la pression au niveau de la bourse séreuse de Lenoir ; la peau est normale, la région n'est pas déformée.

Le malade emploie les termes les plus énergiques pour désigner les douleurs ressenties lorsqu'il veut marcher ; il lui semble, dit-il, poser le pied sur des pointes d'aiguille ou sur du verre brisé. Au repos même, il a des élancements très douloureux et très fréquents.

28 février. — Le 28 février, le genou droit devient le siège de douleurs et présente un léger gonflement ; six jours après, le genou et le pied gauches se prennent à leur tour. Les douleurs du pied gauche sont absolument comparables à celles du pied droit, mais moins intenses ; elles sont également localisées au-dessous de la tubérosité postérieure du calcanéum.

On donne au malade du salicylate de soude à l'intérieur ; il est badigeonné à la teinture d'iode ; on lui fait du massage, de la révulsion, de l'enveloppement ; bref, on met en œuvre toutes les ressources médicales sans obtenir aucun résultat. Le malade est alors laissé au repos absolu pendant des semaines. Sous cette influence les genoux reviennent peu à peu à leur état normal, et les douleurs dont ils sont le siège disparaissent.

Les talons restent douloureux à la pression ; les élancements,

quoique moins violents, continuent à se faire sentir au repos et la marche est toujours impossible.

A l'examen des pieds, on constate que ceux-ci sont absolument normaux ; la peau des talons n'est pas rouge ; la voûte plantaire n'est pas affaissée, le calcanéum n'est pas épaissi.

Les points douloureux à la pression sont bien localisés au niveau de la grosse tubérosité postéro-inférieure du calcanéum.

8 juin. — Sur les instances du malade, l'opération est pratiquée par M. le professeur Vincent.

Opération. — Les pieds sont désinfectés soigneusement et la région plantaire est rigoureusement aseptisée.

L'anesthésie locale est pratiquée au moyen de deux injections traçantes, à la seringue de Pravaz, d'une solution de cocaïne au centième.

Une incision au bistouri, de 5 centimètres de longueur environ, est faite sur la ligne médiane, sous la grosse tubérosité du calcanéum ; la bourse séreuse est ouverte puis curetée. La curette ne ramène que du sang et des débris de parties molles.

La peau est suturée soigneusement ; un pansement à la gaze iodoformée est appliqué sur l'incision.

9 juin. — Le lendemain même de l'opération, le malade interrogé affirme ne plus ressentir aucune douleur dans le pied ; les lancées si pénibles du talon ont complètement disparu.

16 juin. — Les fils de suture sont enlevés ; la plaie est fermée, les pressions sur le talon, les chocs exercés sur cette région n'éveillent aucune douleur.

20 juin. — Le malade est autorisé à marcher ; la marche est difficile par suite du long séjour au lit, mais elle n'est pas douloureuse.

25 juin. — Le malade peut être considéré comme guéri ; il sort de l'hôpital où il n'a pas reparu depuis lors.

Nous croyons cette observation absolument démonstrative : 1° il s'agissait en effet nettement d'un rhumatisme blennorragique ; les signes cliniques étaient

très nets; le salicylate de soude n'avait produit aucune amélioration; 2° l'opération a été différée assez longtemps et les moyens médicaux employés avec assez de persistance pour démontrer qu'il ne s'agissait pas là d'une simple douleur transitoire, mais bien d'une affection pénible, douloureuse, de longue durée, empêchant tout travail et toute vie active pour celui qui en était atteint; 3° enfin le résultat a été immédiat; les douleurs ont disparu aussitôt après l'opération, et, dès que la plaie a été fermée, le malade, qui depuis plus de six mois ne pouvait marcher, a pu le faire sans douleur.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de notre bien cher maître,
M. le professeur Moreau.)

*Talalgie blennorragique avec inflammation des gaines
des tendons d'Achille. Opération. Guérison.*

Il s'agit d'un malade non hospitalisé X..., âgé de trente ans, ayant une profession libérale ne l'obligeant pas à la fatigue, ni à la station debout.

Bien constitué, pas de syphilis, pas d'alcoolisme, aucun antécédent nerveux héréditaire ou personnel.

Il eut, il y a deux ans, une blennorragie très virulente, de longue durée, mais qui paraît complètement guérie à l'époque de l'examen (25 janvier 1899).

25 janvier. — Depuis plus d'une année il souffre de douleurs aux genoux et surtout aux pieds.

Ces douleurs semblent tendineuses plutôt qu'articulaires. Elles gênent considérablement les mouvements d'extension, et plus encore ceux de flexion du pied sur la jambe et de celle-ci sur la

cuisse. Aussi le malade immobilise instinctivement ses jambes en extension et ses pieds à angle droit.

Il marche ainsi, courbé en avant, s'appuyant sur deux cannes, presque sans mouvoir les articulations des genoux et des coudes-pied. Au repos, la douleur est à peu près nulle; elle se révèle à la pression au niveau de l'insertion du ligament rotulien au tibia; au niveau des tendons d'Achille et surtout au niveau de la tête du calcanéum, à sa partie postéro-inférieure.

La voûte plantaire n'est pas aplatie, les calcanéums ne sont pas épaissis; la peau du talon est sensiblement normale; on observe seulement un peu de gonflement au niveau des tendons d'Achille.

12 avril. — Après avoir vainement essayé de l'immobilisation prolongée, au lit, de la révulsion sous toutes ses formes (bains de vapeur, massage, frictions, teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu), de la quinine, du salicylate de soude, de l'antipyrine, des alcalins, des iodures, on songe à une intervention chirurgicale et M. le professeur Vincent est consulté à ce sujet.

24 avril. — L'opération, décidée dans la consultation précédente, est pratiquée le 24 avril, par M. le professeur Vincent.

Opération. — Les gaines des tendons d'Achille sont ouvertes et curetées. Une incision longitudinale, de 5 centimètres environ, est pratiquée sur la ligne médiane au-dessous des tubérosités postéro-inférieures de chaque calcanéum; la bourse séreuse de Lenoir est ouverte et curetée. Suture immédiate des téguments, gaze iodoformée et pansement ouaté. Du côté des genoux, on se contente de l'immobilisation avec compression dans l'ouate.

1^{er} mai. — On fait un premier pansement; quelques fils de suture sont enlevés.

4 mai. — Deuxième pansement; enlèvement du reste des fils.

1^{er} juin. — Le malade, depuis son opération, n'a plus ressenti aucune souffrance; il marche gauchement, s'aidant encore d'une canne, mais absolument sans douleur; cette attitude embarrassée étant due simplement à la perte de l'habitude de la marche. Ne marchant plus, ou presque plus depuis un an et demi, il est obligé de faire une nouvelle éducation.

Peu à peu, l'amélioration s'accroît et le malade arrive, dès le milieu de juin, à marcher normalement et sans canne.

La guérison s'est maintenue depuis cette époque.

OBSERVATION V

(Prise par notre ami, le Dr Gillot,
alors interne dans le service de M. le professeur Vincent.)

Talalgie blennorragique.

(Refus du malade d'accepter l'opération.)

D. ., Michel, vingt-sept ans, charron.

Rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires ; le malade a encore son père et sa mère.

Lui-même s'est toujours bien porté ; pas de syphilis, pas d'alcoolisme ; aucun stigmat nerveux.

Première blennorragie, en 1891, à dix-neuf ans, traitée au moyen d'injections, ayant bien guéri, sans aucun reliquat.

Deuxième blennorragie en 1896. Cette blennorragie présente comme complications :

1° Une arthrite du genou droit, qui cède complètement au repos ;

2° Des douleurs dans le talon ; ces douleurs sont plus longues à disparaître que celles du genou, mais elles finissent également par céder à l'application de sangsues, ordonnée par le médecin qui voit le malade à cette époque.

En décembre 1898, troisième blennorragie traitée par les capsules de santal et des injections au permanganate de potasse. L'écoulement cesse presque complètement.

Le 9 février 1899, le malade entre à l'hôpital civil de Mustapha, salle Pasteur, dans le service de M. le professeur Trabut. Il raconte que, depuis plus d'un mois, il est cloué complètement au lit par des douleurs dans les reins, les jambes et les pieds. La marche est absolument impossible ; l'état général est bon.

A l'examen, on trouve une arthrite des deux genoux et de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Les pieds sont très douloureux. Les douleurs sont spontanées, lancinantes ; elles existent même lorsque le malade est couché, à tel point qu'il ne peut supporter le poids du drap. Ces douleurs sont exagérées par la pression au sommet du talon droit, au talon et à la base des orteils du pied gauche. Au pied gauche existe en outre un point douloureux situé au-dessous du cuboïde.

Tous les moyens médicaux sont mis successivement en usage : Salicylate de soude, iodure de potassium, alcalins à l'intérieur.

A l'extérieur : teinture d'iode, pointes de feu, bains sulfureux, enveloppement au salicylate de méthyle, etc., etc.

Après plusieurs semaines de traitement, les phénomènes aigus s'amendent un peu ; les douleurs des genoux disparaissent à peu près complètement et ceux-ci reprennent un aspect sensiblement normal.

Les douleurs plantaires diminuent d'intensité, mais persistent ; le malade ne peut marcher que très difficilement et avec l'aide d'un bâton.

24 mars. — Le malade est envoyé à Hamam-Rhira où il reste trente-cinq jours ; pendant vingt-deux jours, il prend régulièrement un bain chaud le matin et une douche l'après-midi.

Son traitement fini, le malade revient à Alger ; il est toujours presque impotent. Il marche avec un bâton, à petits pas, le haut du corps courbé en avant, les pieds à angle droit, raides, non fléchis, comme ankylosés.

En l'examinant à cette époque, c'est-à-dire au début de juillet, on note : à droite, une douleur aiguë, exagérée par la pression, en arrière du calcaneum, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille ; cette région présente une légère voussure à la place de la concavité normale. Pas d'épaississement du calcaneum. Les mouvements de flexion et d'extension du pied sont très douloureux, d'où cette marche avec les pieds comme ankylosés. En exerçant une pression sous la grosse tubérosité du calcaneum au niveau de la bourse séreuse de Lenoir, on détermine une violente douleur.

A gauche, le malade se plaint de douleurs lancinantes au niveau du talon, et la pression détermine, comme à droite, une vive douleur au niveau de la tubérosité postéro-inférieure du calcaneum; une douleur également très vive se révèle par la pression au niveau de la tête du premier métatarsien.

C'est en cet état que le malade entre à l'hôpital, salle Larrey, dans la première quinzaine de juillet. Il est examiné par M. le professeur Vincent, qui conclut à la nécessité de l'opération; celle-ci est décidée pour le lendemain, mais dans l'intervalle, le malade, qui était consentant, revient sur sa décision et sort de l'hôpital.

OBSERVATION VI

(Service du professeur Vincent.)

Talalgie blennorragique. Opération. Guérison.

B... Lucien, trente-trois ans, comptable.

Au point de vue des antécédents héréditaires, rien de bien net à signaler; sa mère, morte à soixante-treize ans, aurait présenté à diverses reprises des attaques sur la nature desquelles le malade ne peut nous donner aucun renseignement.

Au point de vue personnel, santé parfaite, sans la moindre maladie, jusqu'en 1889.

Pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas de rhumatisme.

En 1889, étant à Laghouat, il est atteint d'une pleurésie gauche dont il guérit assez rapidement.

Trois mois après cette pleurésie, il entre au régiment, et, quelques jours après son arrivée au corps, il contracte une blennorragie pour laquelle il est soigné par des injections de sulfate de zinc.

Après avoir été très abondant pendant une trentaine de jours, l'écoulement diminue progressivement, sans toutefois s'arrêter complètement; le malade a toujours observé depuis cette époque une légère goutte chaque matin. Il ne s'en soucie d'ailleurs nul-

lement et ne prend ni capsules, ni injections nouvelles. De temps en temps cependant, à la suite de fatigues ou d'excès quelconques, une phase subaiguë remplace pour quelques jours la marche chronique de l'affection.

Deux ans après le début de cette blennorrhagie, c'est-à-dire en 1891, apparaissent des douleurs rhumatismales articulaires : les deux genoux sont pris, assez légèrement d'ailleurs, et tout rentre bientôt dans l'ordre à la suite de quelques frictions à l'alcool camphré.

Deux années s'étant écoulées, en 1893, nouvelle poussée rhumatismale plus forte que la première. Cependant à la suite de frictions à l'alcool camphré, accompagnées de douches, les phénomènes douloureux s'amendent assez rapidement, sans disparaître cependant complètement.

De 1893 à 1899, les articulations subissent plusieurs poussées rhumatismales subaiguës. En septembre 1899, l'acuité des douleurs augmente, et, depuis lors, cet état se maintient jusqu'en février 1900, époque où le malade entre à l'hôpital civil de Mustapha, salle Broussais, dans le service de M. le professeur Moreau. Pendant toute cette longue période, allant de 1889 à 1900, la blennorrhée signalée précédemment n'a pas cessé, et le malade nous dit qu'à chaque crise articulaire douloureuse, son écoulement était plus abondant.

Dès 1891, le malade a ressenti des douleurs dans les talons ; mais elles étaient modérées, bien moins vives que les douleurs des genoux et disparaissaient au repos.

En 1893, les douleurs affectent de nouveau les talons ; elles sont plus vives qu'en 1891 et ne cèdent plus au repos ; les douleurs des genoux sont au contraire moins intenses.

Quand le malade entre à la salle Broussais, en février 1900, il se plaint surtout de douleurs talonnières, les genoux n'étant presque plus douloureux.

Il est traité par le repos absolu, au lit, le salicylate de soude à hautes doses, longtemps continuées, l'enveloppement au salicylate de méthyle. Les douleurs, non seulement ne cèdent pas à cette médication, mais elles ne diminuent même pas.

L'iodure de potassium, les alcalins, les bains de vapeur, la révulsion sous toutes ses formes, sont également sans effet,

28 mars 1900. — Le malade est évacué salle Larrey, dans le service de M. le professeur Vincent.

L'examen de ce malade nous montre un homme vigoureux, sans stigmates hystériques, ne présentant aucune trace de syphilis.

L'auscultation est absolument négative; ses urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais un dépôt muqueux assez abondant.

Les genoux sont à peu près normaux, et les mouvements effectués dans ces articulations ne déterminent qu'une légère sensation de sensibilité, mais non une véritable douleur.

Les pieds, au contraire, sont très douloureux; ils font souffrir le malade même au repos. Ces douleurs sont augmentées par la pression; elles sont surtout très vives sur le sommet du talon gauche, au niveau de la grosse tubérosité du calcanéum.

La douleur, un peu moins violente au pied droit, est localisée au même niveau. En arrière du tendon d'Achille, la pression ne révèle aucune douleur. Le calcanéum ne paraît pas épaissi; la pression sur ses faces latérales est indolore. La peau a un aspect normal. La voûte plantaire n'est pas affaissée.

Opération. — Le malade est opéré le 10 avril 1900. Le pied droit est opéré le premier. Anesthésie locale par injection de cocaïne. La bourse séreuse de Lenoir est ouverte et curetée après incision de toutes les parties molles du talon.

Pied gauche : Incision analogue à celle du pied droit; lorsque le bistouri arrive sur la bourse séreuse, une certaine quantité de liquide filant s'échappe; la curette en ramène également.

Pansement compressif aux deux pieds.

18 avril. — Le malade va bien; il n'a ressenti aucune douleur depuis l'opération.

Les crins de suture sont enlevés; le malade n'accuse aucune sensation douloureuse à la pression.

3 mai. — Tout pansement est enlevé; le malade commence à marcher dans la salle,

23 mai 1900. — Le malade complètement guéri quitte le service pour entrer dans une Compagnie de chemin de fer.

La guérison s'est maintenue depuis cette époque.

OBSERVATION VII

(Service du professeur Vincent.)

Talalgie blennorragique. Opération. Guérison.

D... Jean, vingt-neuf ans, tapissier.

Rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires ou personnels. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme, aucun stigmatisme nerveux.

En février 1900, S..., contracte une blennorragie très aiguë pour laquelle il entre à l'hôpital civil de Mustapha, salle Ricord, dans le service de M. le professeur Gemy. Il est soigné par les grands lavages au permanganate de potasse, selon la méthode de P. Janet.

Un mois après, il sort de l'hôpital complètement guéri en apparence.

A la suite de fatigues et d'excès divers, l'écoulement reparaît de nouveau. Il s'accompagne de violentes douleurs aux talons.

C'est pour ces douleurs que S... rentre de nouveau à la salle Ricord, les premiers jours du mois d'avril.

Sa blennorragie, au bout de quelques jours de traitement, disparaît complètement, mais les douleurs au talon persistent, malgré tous les moyens médicaux mis en usage.

Devant cet insuccès, le malade est évacué le 4 mai dans le service de M. le professeur Vincent, salle Larrey.

A cette date, le malade ne souffre presque pas à l'état de repos, mais dès qu'il veut poser les pieds par terre les douleurs reviennent très aiguës.

Les pieds présentent un aspect absolument normal ; la voûte plantaire n'est pas affaissée. En pressant avec le doigt sur les talons, on détermine une douleur un peu plus vive à gauche

qu'à droite, mais en un point fixe, toujours le même, et symétriquement situé sur les deux pieds. Ce point correspond à la grosse tubérosité postérieure de la face plantaire du calcanéum.

Le malade est opéré le jour même de son entrée à la salle Larrey.

Opération. — Anesthésie locale à la cocaïne (deux centigrammes de cocaïne en solution au centième).

Ouverture et curetage des deux bourses séreuses de Lenoir, après incision de la peau et des parties molles du talon, sur la ligne médiane et au niveau de la grosse tubérosité postéro-inférieure du calcanéum.

On retire simplement à la curette un peu de liquide filant mélangé de sang et de débris divers.

Sutures aux crins de Florence. Pansement compressif.

17 mai. — Les fils de suture sont enlevés; le malade n'accuse plus aucune douleur à la pression au niveau de ses talons.

22 mai. — Les pansements sont enlevés et le malade retourne à son lit en marchant, sans accuser de douleur; il marche cependant plutôt sur la pointe des pieds que sur les talons.

31 mai. — La marche s'effectue de mieux en mieux; elle est à peu près normale

4 juin. — S... marche comme avant son affection; il n'éprouve aucune douleur à la fin de la journée, et le 15 juin il sort de l'hôpital complètement guéri.

CONCLUSIONS

I. Il survient assez fréquemment, dans le cours de la blennorragie, des douleurs localisées au talon, rendant la marche impossible ou très pénible.

C'est la pternalgie ou talalgie blennorragique.

II. La talalgie blennorragique paraît affecter deux formes : l'une avec lésions osseuses, c'est la forme hyperostosante ; l'autre, dite simple, sans lésions osseuses.

III. La forme simple est due, le plus souvent, à l'inflammation des bourses séreuses normales situées au niveau des tubérosités calcanéennes. Les gaines des tendons d'Achille participent quelquefois à cette inflammation.

IV. Le traitement médical doit toujours être employé au début ; il consistera dans le repos absolu au lit, la révulsion sous toutes ses formes, les bains térébenthinés, les bains d'air chaud.

V. Dans les cas rebelles, où le traitement médical est insuffisant, et dans la forme simple de la talalgie

sans déformations osseuses, il faut recourir à l'intervention chirurgicale.

VI. Cette intervention consiste à ouvrir et à cureter les bourses séreuses, siège des douleurs, ainsi que les gaines des tendons d'Achille, quand ces gaines sont également prises par la phlegmasie.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
A. PONCET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 18 décembre 1900,

Pour le Recteur et par délégation,

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
E. CAILLEMER

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRY, Précis des maladies blennorragiques.
- AMARAL, Rhumat. blenn. Arthropathies graves avec amyotrophie
(th. de Paris, 1890-91).
- BERDAL, Traité pratique des maladies vénériennes.
- BOSC, Le gonocoque (Th. de Montpellier, 1893).
- BRETON, Les phénomènes généraux dans le cours de la blennorragie (journal des mal. cut. et syph., 1894 p. 723).
- BROUSSE, Journal des praticiens (1894).
- BROUSSE et BERTHIER, Revue de Chirurgie (1895).
- CULLERIER, Des affections blennorragiques.
- DIDAY, La pratique des maladies vénériennes.
- DEZANAU, Du rhumat. blenn. et de son trait. (th., Paris, 1896).
- DUPLAY, Talalgie ou Pternalgie (Presse médicale, 1896).
- FINGER, La blen. et ses complications.
- FOURNIER, Article blen. du dict. Jaccoud.
- GUIARD, Complic. génér. de la blen. chez l'homme (1898).
- JACQUET, Commun. à la Société méd. des hôpitaux (5 mars 97).
- LUSTGARTEN, Complic. nerveuses de la blenn. (th., Paris, 1898).
- MAURIAC, Leçons sur les mal. vénériennes.
- POLLOSSON, Synovite. tendineuse blen. (Lyon médical, mai, 88).
- G. RAYNAUD, Contrib. à l'étude des lésions périarticulaires de la blennorragie.
- ROLLET, Traité des maladies vénériennes et article blennorragie du dict. Dechambre.
- SÉE M. Le gonocoque (th., Paris, 1896).
- VOISIN, La talalgie blenn. (th., Paris, 1899).

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Définition. — Symptomatologie. —	
Etiologie. — Diagnostic. — Pathogénie	9
Définition	9
Symptomatologie	9
Etiologie	10
Diagnostic	11
Pathogénie	12
CHAPITRE II. — Historique	19
CHAPITRE III. — Traitement.	25
CHAPITRE IV. — Observations	33
CONCLUSIONS	51
BIBLIOGRAPHIE	53

